

СИНДРОМ МИРИЗЗИ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Стычневский Г.А., Жүлев С.А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Одним из наиболее тяжелых осложнений желчно-каменной болезни является синдром Мириizzi (СМ). Имеет место недостаточная осведомленность хирургов о вариантах течения этого осложнения. СМ определяется как частичное сужение гепатохоледоха за счет сдавления протока воспалительным процессом и желчным камнем, расположенным в шейке

желчного пузыря или пузырном протоке с последующим формированием пузырно-холедохиального свища (билио-билиарный свищ).

Впервые это осложнение желчно-каменной болезни было описано аргентинским хирургом Мирриззи (Mirizzi) в 1944-45 гг. По данным разных авторов частота возникновения билио-билиарного свища у больных желчно-каменной болезнью составляет от 0,2 до 5% [1, 2, 3, 4]. Наибольшее распространение получила классификация CM Csendes et al. (1989). Они выделяют четыре типа течения CM (Рис.1): 1 тип – стриктура общего печеночного или желчного протока конкрементом, вколоченным в пузырный проток или шейку желчного пузыря; 2 тип – свищ между шейкой желчного пузыря и желчным протоком, охватывающий менее 1/3 окружности гепатикохоледоха, 3 тип – размер билио-билиарного свища включает до 2/3 окружности протока; 4 тип – полное разрушение гепатикохоледоха.



Рис.1. Четыре типа течения синдрома Мирриззи (CM) (Р.Н.Гринев)

Вследствие миграции камней из пузыря в протоки, развития стеноза протоков часто возникает гнойный холангит, механическая желтуха. Возможности ультразвуковой диагностики расцениваются неоднозначно. Если одни авторы отрицают возможность ультразвуковой диагностики [1, 2], то другие основываются в диагностике на этот метод [3, 5].

Различные подходы к лечению ЖКБ при наличии свища. Большинство хирургов склоняются к необходимости традиционного открытого вмешательства на желчевыводящих путях [1,2].

Материалы и методы. В 2008-09 гг. в клинике факультетской хирургии по поводу желчно-каменной болезни при различных её проявлениях оперировано 672 больных. Синдром Мирриззи был выявлен у 27 (4%) больных. 1 тип синдрома Мирриззи диагностирован у 16, 2 и 3 типы – у 11 больных.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезней 1 тип CM, выявлен у 16 пациентов, из них 12 оперированы по поводу хронического, а четверо по поводу острого холецистита.

При УЗИ у 11 пациентов выявлены крупные конкременты в шейке пузыря или пузырном протоке, признаки желчной гипертензии. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 12 пациентов, а у 4 – в связи с наличием абортивной желтухи выполнялась традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду.

По-видимому, 1 тип синдрома Мирриззи встречается чаще, чем диагностируется. Вколоченный камень в шейке пузыря или пузырном протоке должен рассматриваться как 1 тип синдрома Мирриззи.

При 1 типе возможно выполнение лапароскопических операций. Билио-билиарный свищ выявлен на операции у 11 пациентов, причем 2 тип синдрома Мирриззи отмечен у 6, а 3-й тип – у 5.

При ультразвуковом исследовании у 6 пациентов этой группы выявлен холедохолитиаз с признаками желчной гипертензии, у 1 – «сморщенный» желчный пузырь, у 1 – вклиненный камень в шейку желчного пузыря. Убедительных специфических данных, свидетельствующих о наличии СМ, при УЗИ выявлено не было. Повышение уровня билирубина отмечено у 5 пациентов, а у 9 – отмечено значительное повышение активности aminotransferaz крови (АЛАТ и АсАТ), щелочной фосфатазы крови.

Трем больным произведена попытка лапароскопической холецистэктомии, однако в связи с выраженными воспалительными инфильтратами произведена конверсия. При открытой лапаротомии выявлено расширение пузырного протока более 5 мм у двух пациентов, у 9 выявлен пузырно-холедохальный свищ. Одновременно холедохолитиаз выявлен у 9 пациентов, из них у 8 выявлен стеноз большого дуоденального сосочка (БДС).

Выделение желчного пузыря проводили антеградно, т.к. при наличии свища во время операции возможно пересечь общий печеночный проток, приняв его за пузырный. Осложнений во время операции при выделении желчного пузыря не было. При наличии стеноза БДС выполнялась трансдуоденальная папиллотомия.

Ушивание свища с дренированием холедоха произведено у 4 пациентов, а у 7 – производилась пластика дефекта стенки гепатохоледоха сохраненной стенкой зоны шейки желчного пузыря с последующим дренированием. Дренирование гепатихоледоха чаще проводили не в зоне свища, а через разрез в супрадуоденальной части холедоха дистальнее свища. Дренирование по Керу выполнено у 5 пациентов, по методу Вишневого у – 3, по Холстеду у – 3. Летальных исходов не было. Осложнения отмечены у двух пациентов: эвентрация (1), послеоперационный перитонит (1).

Выводы.

1. Включенный камень в шейку пузыря, пузырный проток с признаками желчной гипертензии должен рассматриваться как 1 тип, а расширение пузырного протока более 5 мм как 2 тип.

2. Увеличение активности aminotransferaz и щелочной фосфатазы при желчно-каменной болезни можно рассматривать как возможный маркер осложнения. В этих случаях целесообразно применение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии.

3. Оперативное вмешательство при СМ 2 и 3 типа должно быть произведено открытым путем.

4. После произведенной пластики холедоха наиболее рационально дренирование гепатихоледоха по Керу предпочтительнее вне зоны пластики в течение 2-3 месяцев.

Литература:

1. Савельев, В.С. Синдром Мириizzi (диагностика и лечение) / В.С.Савельев, В.И.Ревякин / - М.»Медицина», 2003. - 112 с.

2. Алахадзе, Г.Г. Синдром Мириizzi - причина ятрогенных повреждений гепатохоледоха / Г.Г.Алахадзе, А.Е.Котовский, Т.В.Унгуряну, Э.И.Гальперин / Consilium medicum, - 2008. - № 8, - С 106-108

3. Лупальцов, В.И. Современные методы диагностики и лечения синдрома Мириizzi / В.И.Лупальцов, Е.Д.Хворостов, Р.Н.Гринев, С.А.Бычков / Интернет [WWW.consilium.com.ua /profile](http://WWW.consilium.com.ua/profile).

4. Кулезнева, Ю.В. Современные технологии в диагностике и лечении синдрома Мириizzi / Ю.В. Кулезнева, Е.И.Плюснин, С.В.Люосев и др. // Российские Медицинские Вести. - 2008, т XIII. - № 4 -- С.61-66

5. Гринев, Р.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi / Р.Н.Гринев // Серия «Медицина», выпуск 7, Харьков, 2004. -С.51-54